

# **GE\_GERICHTE ATAS/1208/2011 vom 16. März 2011**

GE Cour de justice, 2011-03-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1208\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1208_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1208/2011 du 16 mars 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1208/2011 del 16 marzo 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006. Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

a) En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC; RSG J 7 10]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). b) S'agissant des prestations complémentaire cantonales, l'art. 43 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC ; RSG J 7 15) ouvre les mêmes voies de droit. c) En l'espèce, le recours a été adressé dans les forme et délai légaux (art. 56ss LPGA), de sorte qu'il est recevable.

### **E. 3**

Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPCC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC; 831.30]). Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).

### **E. 4**

Le litige porte sur la prise en charge de travaux dentaires, selon un devis du Dr L\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2010, étant précisé que le traitement a été d'ores et déjà réalisé.

A/1940/2011 - 6/10 -

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 14 al. 1 let. a LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de traitement dentaire de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis. Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (al. 2). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent être toutefois être inférieurs à 25'000 fr. pour les personnes seules ou les conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital. L'art. 2 al. 1 let. c LPC délègue au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC. Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant le règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC; RG J 7 10.05), entré en vigueur le 1er janvier 2011. Il sied de relever que la LPC a été totalement révisée dans le cadre de la loi concernant l'adoption et la modification d'actes dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et que c'est à cette occasion que la compétence de définir les frais de maladie et d'invalidité qui, dans les limites du droit fédéral, peuvent être remboursés, a été transférée aux cantons (Message du Conseil fédéral du

## **E. 7**

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

A/1940/2011 - 8/10 - circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286, consid. 1b).

## **E. 8**

En l'espèce, le SPC a refusé toute participation à la prise en charge du traitement dentaire devisé par le Dr L\_\_\_\_\_ le 3 décembre 2010. Il a considéré que le traitement décrit ne constituait pas un traitement simple, économique et adéquat au sens de l'art. 8 OMPC. Force est toutefois de constater que l'avis du médecin conseil, daté du 11 mars 2011, ne permet pas de déterminer si tel était ou non le cas. Ce médecin se contente en effet de signaler que le traitement devisé avait déjà été entièrement réalisé et que l'assurée n'en était pas satisfaite. C'est le lieu de préciser que, contrairement aux affirmations du médecin conseil, ce sont bien les caractères de simplicité, d'économicité et d'adéquation du traitement devisé qui doivent être examinés pour déterminer si ce traitement doit ou non être pris en charge par le SPC. Il ne s'agit pas en effet de se prononcer sur la façon dont le Dr L\_\_\_\_\_ a effectué son travail. Dans son avis complémentaire du 11 mai 2011, le médecin conseil a expliqué que la prothèse totale supérieure et la prothèse partielle inférieure type stellite pour remplacer les dents manquantes étaient inadéquates. Il a considéré que "la conception du traitement effectué ne répondait pas aux critères simple, adéquat, économique, puisque la présence de fortes douleurs depuis l'issue des soins, ne permettaient pas l'utilisation des prothèses normalement, et la prothèse partielle inférieure n'était pas adaptée à la situation". Il a par ailleurs déclaré qu'il lui était

A/1940/2011 - 9/10 - impossible de contrôler l'adéquation du traitement devisé, du fait que les prothèses réalisées antérieurement n'existaient plus. Il ne pouvait en particulier pas dire si une réfection totale des prothèses était vraiment indispensable ou s'il n'aurait pas plutôt préféré la solution d'une réadaptation des prothèses existantes. Il reproche à cet égard au Dr L\_\_\_\_\_ de n'avoir effectué aucune radiographie des dents inférieures restantes et de n'avoir donné aucun détail pertinent et complet sur les raisons de refaire les prothèses existantes. Il relève enfin que le devis comporte des erreurs, les postes 4633, 4634, 4636 y figurant de façon distincte, alors qu'ils sont déjà inclus dans le poste 4600.

## **E. 9**

La Cour de céans constate que le médecin conseil, dans son avis du 11 mai 2011, justifie d'une part que le traitement effectué ne constitue pas un traitement adéquat, au motif que l'assurée se plaint de douleurs depuis et, d'autre part, qu'il lui est impossible de contrôler l'adéquation du traitement devisé, reprochant au Dr L\_\_\_\_\_ de n'avoir effectué aucune radiographie des dents inférieures restantes et de n'avoir pas motivé les raisons pour lesquelles il avait pensé refaire les prothèses existantes. Force est d'en conclure que le médecin conseil ne s'est en réalité pas déterminé précisément sur les caractères de simplicité, d'adéquation et d'économicité du traitement devisé. La procédure engagée par l'assurée contre le Dr L\_\_\_\_\_ auprès de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients a pour but de définir si celui-ci a correctement réalisé les travaux dentaires en bouche de l'assurée, mais également d'examiner si le traitement qu'il avait envisagé pour elle, et partant, devisé, était adéquat. En ce sens, il sera intéressant pour la Cour de céans de connaître les conclusions de cette Commission. Aux termes de l'art. 14 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), la procédure peut être suspendue lorsque son sort dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative pendante devant une autre autorité, jusqu'à droit connu sur ces questions. Il se justifie dès lors de suspendre la présente cause jusqu'à droit connu dans la cause n° 20/11/4.

A/1940/2011 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant sur incident

1. Suspend l'instance en application de l'art. 14 LPA, jusqu'à ce que le droit connu dans la cause n° 20/11/4. 2. Réserve la suite de la procédure. 3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.